

PEDOMAN NASIONAL



PROGRAM PALIATIF

KANKER



616.994
Ind
p

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat
Jenderal Pengendalian Penyakit dan
Penyehatan Lingkungan

Pedoman nasional program paliatif kanker.— Jakarta :
Kementerian Kesehatan RI. 2015

ISBN 978-602-235-882-4

1. Judul I. NEOPLASMS
II. PALLIATIVE – CARE III. PALLIATIVE MEDICINE

SAMBUTAN

DIREKTUR JENDERAL PP dan PL

Puji dan syukur kepada Allah SWT atas bimbingan, petunjuk dan kekuatanNya kepada kita, atas tersusunnya buku Pedoman Nasional Paliatif Kanker ini. Buku ini disusun berdasarkan kenyataan bahwa banyak kasus kanker pada stadium lanjut mengalami gejala yang berat dan menimbulkan penderitaan yang belum tertangani dengan semestinya sehingga pasien memiliki kualitas hidup yang tidak baik, serta keluarga mengalami kesulitan-kesulitan yang diakibatkannya.

Mengintegrasikan perawatan paliatif sejak diagnosis dapat membantu pasien dan keluarga melalui periode sulit untuk merencanakan dan mempersiapkan perawatan berkelanjutan agar efektif dan efisien. Melalui program paliatif ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien serta mengoptimalkan pengeluaran kesehatan dan meningkatkan kepuasan dalam penatalaksanaan di bidang onkologi. Pedoman ini dapat menjadi acuan kegiatan sehingga pengelola program dapat merencanakan kebutuhan program Paliatif Kanker.

Pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada para profesi, perhimpunan paliatif dan onkologi yang telah memberikan asupan dalam penyusunan pedoman ini. Semoga segala upaya yang telah dilakukan ini akan bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan kanker di Indonesia.

Jakarta, Maret 2014

Direktur Jenderal PP dan PL



Prof. Dr. dr. Tjandra Yoga Aditama Sp.P
NIP 195509031980121001



KATA PENGANTAR

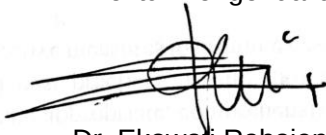
Dengan makin meningkatnya jumlah pasien kanker di Indonesia, maka kebutuhan akan program paliatif tidak dapat dihindari. Dengan telah dituangkannya program pelayanan paliatif ke dalam Sistem Kesehatan Nasional, program paliatif kini menjadi bagian dari tata laksana penyakit kanker di Indonesia yang perlu terus dikembangkan.

Program paliatif terus menunjukkan perkembangannya di Indonesia disamping tuntutan adanya perbaikan kualitas hidup individu pasien kanker. Buku ini diharapkan dapat dipergunakan untuk membantu pengelola program dan petugas kesehatan untuk memahami program dan pelayanan paliatif. Untuk melaksanakan program paliatif diperlukan pedoman yang dapat dipahami dengan lebih mudah oleh semua pihak sehingga dapat diimplementasikan di lapangan. Saya harapkan melalui pedoman ini, menjadi acuan tim paliatif Kanker untuk menjalankan peran masing-masing pada tingkat pelayanan.

Tiada gading yang tak retak, salah satu peribahasa yang menyadarkan kami bahwa buku pedoman ini masih perlu penyempurnaan, kami mengharapkan masukan dan saran dari semua pihak. Diharapkan para pengelola program dapat bekerjasama dengan tim teknis untuk bahu membahu membantu masyarakat yang membutuhkan program paliatif.

Jakarta, Maret 2014

Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular



Dr. Ekowati Rahajeng, SKM, M.Kes

NIP. 196006101982022001



DAFTAR ISI

	Halaman
Sambutan Direktur Jenderal PP-PL	i
Kata Pengantar Direktur PTM.....	iii
Daftar Isi.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Visi dan Misi Program Paliatif	2
C. Tujuan Program Paliatif	2
D. Sasaran Program Paliatif.....	2
E. Ruang Lingkup Program Paliatif	3
F. Landasan hukum.....	3
BAB II KEBIJAKAN DAN STRATEGI	5
BAB III ETIKA DALAM PELAYANAN PALIATIF.....	7
BAB IV PROGRAM PALIATIF KANKER	11
A. Definisi.....	11
B. Prinsip Program Paliatif.....	12
C. Indikasi Program Paliatif.....	13
D. Tim dan Tempat Program Paliatif.....	14
BAB V PENGORGANISASIAN DAN SISTEM RUJUKAN.....	23
A. Pengorganisasian.....	23
B. Sistem Rujukan Berjenjang.....	29
BAB VI MONITORING DAN EVALUASI.....	31
A. Perencanaan	31
B. Penganggaran.....	34
C. Pencatatan dan Pelaporan.....	34
D. Evaluasi	35
BAB VII PENUTUP	37
Daftar Pustaka.....	39
Tim Penyusun.....	41
Lampiran.....	43



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker merupakan masalah kesehatan masyarakat baik di dunia maupun di Indonesia. Kanker cenderung meningkat dari waktu ke waktu. WHO (2012) memperkirakan tahun 2030 akan ada 26 juta orang akan menderita kanker dan 17 juta diantaranya diperkirakan akan meninggal. Di Indonesia, prevalensi kanker tercatat 1,4 per 1000 penduduk (Riskesdas, 2013). Nyeri adalah keluhan yang paling banyak dialami dan paling ditakuti oleh pasien kanker. Sekitar 40% pasien kanker mengalami nyeri ketika didiagnosis, sedangkan pada stadium terminal hal tersebut dirasakan oleh 70-90% pasien. Dari pasien kanker tersebut, 60% nya mengalami nyeri derajat sedang sampai berat sehingga memerlukan opioid. Nyeri yang tidak mendapat penatalaksanaan yang baik menimbulkan penderitaan yang akan sangat mempengaruhi kualitas hidup.

Kondisi saat ini, hampir sebagian penyakit kanker ditemukan pada stadium lanjut, sehingga angka kesembuhan dan angka harapan hidup pasien kanker belum seperti yang diharapkan meskipun tata laksana kanker telah berkembang dengan pesat. Pasien dengan kondisi tersebut mengalami penderitaan yang memerlukan pendekatan terintegrasi berbagai disiplin ilmu agar pasien tersebut memiliki kualitas hidup yang baik dan pada akhir hayatnya meninggal secara bermartabat. Paliatif membantu seorang penderita kanker untuk hidup lebih nyaman sehingga memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Hal ini merupakan kebutuhan penting bagi kemanusiaan terutama untuk para penderita kanker.

Integrasi program paliatif ke dalam tata laksana kanker terpadu telah lama dianjurkan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) seiring dengan meningkatnya jumlah pasien kanker dan angka kematian akibat kanker. Paliatif berasal dari kata *palliate* yang berarti mengurangi keparahan tanpa menghilangkan penyebab, sehingga dapat

dikatakan bahwa paliatif merupakan suatu cara untuk meringankan atau mengurangi penderitaan. Program paliatif merupakan kebutuhan manusiawi dan merupakan hak azasi bagi penderita penyakit yang sulit disembuhkan atau pada stadium lanjut.

Program Paliatif merupakan bentuk layanan kesehatan yang perlu terus dikembangkan, sehingga penatalaksanaan pasien kanker menjadi efektif dan efisien. Buku ini diharapkan mampu memberikan pengertian tentang prinsip Program Paliatif dan sistem yang berlaku dalam menjalankan program tersebut.

B. Visi dan Misi Program

Paliatif Visi:

Mencapai kualitas hidup dan kenyamanan bagi pasien kanker dan keluarganya serta agar pasien dapat menghadapi akhir kehidupan yang bermartabat.

Misi:

Mengurangi penderitaan pasien dan memberikan dukungan kepada keluarga yang mengalami kesulitan akibat gejala fisik, gangguan psikologis, kesulitan sosial, dan masalah spiritual.

C. Tujuan Program

Paliatif Tujuan Umum:

Terselenggaranya Program Paliatif yang terintegrasi dalam tata laksana kanker di setiap jenjang pelayanan kesehatan di Indonesia.

Tujuan Khusus:

1. Tersosialisasinya Program Paliatif pasien kanker di semua tingkat layanan kesehatan.
2. Terintegrasinya Program Paliatif pasien kanker untuk mewujudkan pelayanan paripurna.
3. Terlaksananya sistem rujukan Program Paliatif pasien kanker.

D. Sasaran Program Paliatif

Sasaran program paliatif meliputi tenaga kesehatan termasuk perawat dan tenaga lain yang terlibat termasuk relawan, dan keluar-ga pasien.

A. Ruang Lingkup Program Paliatif

1. Program Paliatif di Rumah Sakit (Rumah Sakit tipe A, B ,C, dan D)
2. Program Paliatif di masyarakat (Puskesmas, hospis, perawatan di rumah)

B. Landasan hukum

1. Keputusan Menteri Kesehatan RI no 604/Menkes/SK/IX/1989 tentang Pokok-Pokok Penanggulangan Penyakit Kanker di Indonesia;
2. Undang-undang nomor 23 tahun 2002, tentang Perlindungan Anak;
3. Undang-undang nomor 20 tahun 2003, tentang Sistem Pendidikan;
4. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan;
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1479/Menkes/SK/IX/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu;
6. Undang-undang nomor 29 tahun 2004, tentang Praktik Kedokteran;
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 430/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker;
8. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif;
9. Undang-undang nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika;

10. Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 144 tahun 2009, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5063);
11. Undang-undang nomor 44 tahun 2009, tentang Rumah Sakit;
12. Peraturan Presiden nomor 5 tahun 2010 tentang Rencana Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014;
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 1144/ Menkes/Per/ VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;
14. Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK 03.01/160/II/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014;
15. Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
16. Peraturan Presiden nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;

DIT.P2PTM

BAB II

KEBIJAKAN DAN STRATEGI

Dalam pelaksanaan program paliatif perlu adanya dukungan kebijakan dan strategi. Untuk itu kebijakan dan strategi yang diperlukan adalah:

A. Kebijakan

Program Paliatif yang efektif akan tercapai jika didukung komitmen pemangku kebijakan dengan pendekatan kesehatan masyarakat, melalui:

1. Integrasi layanan paliatif dalam sistem kesehatan nasional.
2. Ketersediaan layanan profesional serta pemberdayaan masyarakat.
3. Ketersediaan sarana dan prasarana terutama untuk pengelolaan nyeri dan gejala psikologis.
4. Aksesibilitas setiap pasien yang memerlukan program paliatif.
5. Program paliatif dilakukan mulai dari RS hingga masyarakat.

B. Strategi

1. Menjamin pelayanan paliatif pada institusi fasyankes.
2. Mendorong sistem pembiayaan kesehatan bagi program paliatif.
3. Menyiapkan tenaga profesional pada program paliatif.
4. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat dalam program paliatif.
5. Mendorong dan memfasilitasi pengembangan potensi dan peran masyarakat untuk menyebarluaskan informasi kepada masyarakat tentang program paliatif.
6. Menjamin aksesibilitas masyarakat terhadap program paliatif yang berkualitas melalui peningkatan sumber daya manusia dan penguatan institusi serta standarisasi pelayanan.



BAB III

ETIKA DALAM PELAYANAN PALIATIF

Etika merupakan prinsip nilai-nilai luhur yang dipegang sebagai komitmen bersama. Yaitu bahwa setiap pasien kanker dan keluarga memiliki hak untuk mendapatkan informasi dan dilibatkan dalam pengambilan keputusan medis. Prinsip-prinsip medis yang disepakati dan perlu diketahui dalam pelayanan paliatif maupun medis secara umum adalah:

A. Etika Paliatif

1. *Autonomy*

Hak individu dalam membuat keputusan terhadap tindakan yang akan dilakukan atau tidak dilakukan setelah mendapatkan informasi dari dokter serta memahami informasi tersebut secara jelas. Pada pasien anak, *autonomy* tersebut diberikan pada orangtua atau wali.

2. *Beneficence*

Tindakan yang dilakukan harus memberikan manfaat bagi pasien dengan memperhatikan kenyamanan, kemandirian, kesejahteraan pasien dan keluarga, serta sesuai keyakinan dan kepercayaannya.

3. *Non-maleficence*

Tindakan yang dilakukan harus tidak bertujuan mencederaikan atau memperburuk keadaan kondisi yang ada.

4. *Justice*

Memperlakukan semua pasien tanpa diskriminasi (tidak membedakan ras, suku, agama, gender dan status ekonomi)

Tindakan yang telah disetujui oleh pasien dan atau keluarga harus dituangkan dalam "*inform consent*" dan ditandatangani oleh pasien dan keluarga dan petugas kesehatan sebelum tindakan dilakukan atau tidak dilakukan.

B. Keputusan Terapi

Yang dimaksud keputusan terapi pada pasien paliatif kanker adalah suatu pertimbangan cost benefit. Terapi berlebihan yang bertujuan memperpanjang proses kematian secara intensif tidak memberikan manfaat. Berarti justru menambah penderitaan pasien. Pertimbangan ini harus berdasarkan etika, tergantung pada situasi klinis medis, paliatif, serta penilaian yang dilakukan secara seksama.

C. Allow Natural Death (AND)

Suatu keputusan untuk tidak melaksanakan resusitasi pada pasien stadium terminal apabila diindikasikan. Tidak melakukan resusitasi bukan berarti meniadakan tindakan yang diperlukan untuk mencapai kematian yang bermartabat, misalnya pemberian cairan apabila dehidrasi menimbulkan ketidaknyamanan pasien, pemberian obat-obat anti nyeri, pemberian oksigen apabila ditemukan hipoksia pada sesak nafas, dan nutrisi yang sesuai kondisi pasien.obat lain secara simptomatis.

1. Menahan dan Menghentikan Terapi Medik (*To Withhold and Withdraw = Curing Versus Caring*)

Sesuai prinsip perawatan paliatif, tujuan terapi pada pasien stadium terminal adalah untuk mencapai kondisi nyaman dan meninggal secara bermartabat. Sehingga terapi yang diberikan bertujuan untuk memperpanjang proses kematian harus dihentikan dan terapi yang tidak sesuai dengan tujuan di atas tidak mungkin diberikan.

Pasien memiliki hak untuk mendapatkan informasi. Dalam penyampaian diagnosa dan prognosa, diperlukan keterampilan untuk mengetahui kesiapan pasien dalam menerima informasi sejauh yang dikehendaki pasien.

Dalam memberikan terapi paliatif pada pasien kanker stadium terminal, kondisi pasien dinilai berdasarkan:

- Kondisi fisiologi sistem organ
- Terapi
- Derajat kesadaran

Pada pasien dengan kondisi terminal (mengalami kematian batang otak) yang mendapatkan bantuan hidup ventilator, diharapkan tim medis dapat menjelaskan manfaat dan kerugian melanjutkan penggunaan ventilator pada kondisi tersebut. Bila keluarga memilih menghentikan ventilator, maka persetujuan tertulis (formulir *inform consent*) dan pelepasan ventilator dilakukan oleh keluarga didampingi petugas medis.

E. Penyingkapan Informasi (*Disclosure*)

Penyingkapan/penyampaian informasi merupakan pemberian informasi dari petugas kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang kondisi medis pasien, diagnose, dan prognosa. Penyampaian tersebut diberikan dengan tiga cara:

1. Informasi kepada keluarga:
Keluarga (orang yang dikehendaki pasien) berhak mendapatkan informasi, terutama bila pasien tidak mapu membuat keputusan.
2. Informasi yang diberikan harus dapat membantu keluarga dalam membuat keputusan.
3. Apabila terdapat perbedaan antar pasien dan keluarga dalam hal pengambilan keputusan, keputusan pasien yang harus diperhatikan.



BAB IV

PROGRAM PALIATIF KANKER

Program Paliatif merupakan bagian dari program kanker terpadu dan paripurna yang dilaksanakan sejalan dengan upaya kuratif berkelanjutan.

A. Definisi

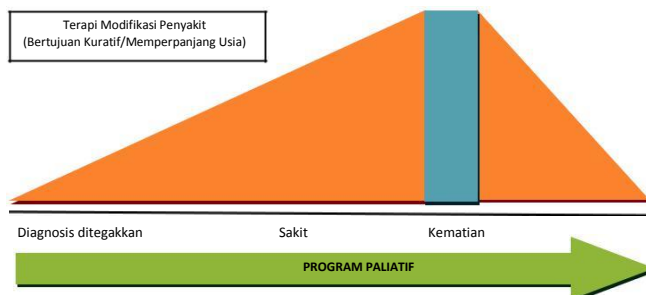
1. Program Paliatif pasien kanker adalah pendekatan terintegrasi oleh tim paliatif untuk mencapai kualitas hidup pasien dan kematian yang bermartabat serta memberikan dukungan bagi keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan kondisi pasien dengan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang seksama, serta pengobatan nyeri dan masalah masalah lain, baik masalah fisik, psikososial dan spiritual (WHO, 2002).
2. Program Paliatif pasien kanker anak adalah pendekatan aktif, menyeluruh meliputi badan, pikiran, semangat anak serta melibatkan dukungan bagi keluarganya, dimulai sejak diagnosis ditegakkan dan terus berlanjut; terlepas pasien anak menerima perlakuan seperti dimaksud dalam standar penanganan penyakitnya; yang bertujuan untuk mencapai kualitas hidup terbaik bagi anak dan keluarganya (WHO, 1998).
3. Hospis adalah jenis pelayanan pasien kanker stadium terminal dengan suasana lingkungan rumah tinggal pasien. Konsep ini dapat dilakukan di suatu institusi tersendiri, atau di rumah sakit (*hospital based hospis*).
4. Pelayanan holistik adalah pelayanan yang meliputi semua aspek kehidupan, yaitu fisik, psikologis, sosial, kultural dan spiritual.
5. Pelayanan interdisipliner adalah pelayanan yang dilakukan oleh tim multidisipliner yang bekerja sama untuk menentukan, mencapai, dan mengevaluasi tujuan program paliatif.

6. Komunikasi efektif adalah tata cara memberikan informasi yang adekuat, mudah dimengerti, saling timbal balik dalam rangka memfasilitasi pengambilan keputusan dan mengkoordinasikan pelayanan kepada pasien, keluarga, dan penyedia layanan lainnya.
7. Stadium lanjut adalah suatu tahapan penyakit dengan tujuan pengobatan bukan untuk penyembuhan namun untuk memperpanjang harapan hidup.
8. Stadium terminal adalah stadium lanjut yang tidak berespon dan mengalami progresifitas terhadap pengobatan kanker yang diberikan.

B. Prinsip Program Paliatif Pasien Kanker

Prinsip tersebut di bawah ini merupakan acuan dalam melaksanakan program paliatif pasien kanker (Adaptasi WHO, 2007):

1. Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain.
2. Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal.
3. Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian.
4. Mengintegrasikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual.
5. Memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin.
6. Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita.
7. Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya.
8. Menghindari tindakan yang sia sia.
9. Bersifat individual tergantung kebutuhan pasien.



Modifikasi dari *American Association Institute for Medical Ethics* (1999). EPEC = *education for physician on end of life care*.

C. Indikasi Pelayanan Paliatif

Program Paliatif dimulai sejak diagnosis kanker ditegakkan serta bila didapatkan satu atau lebih kondisi di bawah ini :

1. Nyeri atau keluhan fisik lainnya yang belum dapat diatasi.
2. Gangguan psikologis terkait dengan diagnosis atau terapi kanker.
3. Penyakit penyerta yang berat dan kondisi sosial yang diakibatkannya.
4. Permasalahan dalam pengambilan keputusan tentang terapi yang akan atau sedang dilakukan.
5. Pasien/keluarga meminta untuk dirujuk ke perawatan paliatif (sesuai dengan prosedur rujukan).
6. Angka harapan hidup < 12 bulan (ECOG > 3 atau Karnofsky < 50%, metastasis otak dan leptomeningeal, metastasis di cairan interstisial, sindrom vena cava superior, kaheksia, serta kondisi berikut bila tidak dilakukan tindakan atau tidak respon terhadap tindakan, yaitu kompresi tulang belakang, bilirubin $\geq 2,5$ mg/dl, kreatinin ≥ 3 mg/dl) *.
7. Pasien kanker stadium lanjut yang tidak memberikan respon dengan terapi yang diberikan.

Langkah-langkah dalam Program Paliatif:*)

1. Melakukan penilaian aspek fisik, psikologis, sosial dan kultural, dan spiritual.
2. Menentukan pengertian dan harapan pasien dan keluarga.
3. Menentukan tujuan perawatan pasien.
4. Memberikan informasi dan edukasi perawatan pasien.
5. Melakukan tata laksana gejala, dukungan psikologis, sosial dan kultural, dan spiritual.

6. Memberikan tindakan sesuai wasiat atau keputusan keluarga bila wasiat belum dibuat, misalnya: penghentian atau tidak memberikan pengobatan yang memperpanjang proses menuju kematian (resusitasi, ventilator, cairan, dan lain-lain).
7. Membantu pasien dalam membuat *Advanced Care Planning* (wasiat atau keinginan terakhir).
8. Pelayanan terhadap pasien dengan stadium terminal.

*) Tidak berlaku pada pasien kanker anak.

D. Tim dan Tempat Program Paliatif

1. Tim Paliatif

Tim paliatif dibentuk berdasarkan ketersediaan sumber daya pada tempat layanan paliatif. Dalam mencapai tujuan program paliatif pasien kanker, yaitu mengurangi penderitaan pasien, beban keluarga, serta mencapai kualitas hidup yang lebih baik, diperlukan sebuah tim yang bekerja secara terpadu, termasuk keluarga. Menggunakan prinsip interdisipliner (koordinasi antar bidang ilmu dalam menentukan tujuan yang akan dicapai dan tindakan yang akan dilakukan guna mencapai tujuan), tim paliatif secara berkala melakukan diskusi untuk melakukan penilaian dan diagnosis bersama pasien dan keluarga untuk membuat tujuan dan rencana Program Paliatif pasien kanker serta melakukan monitoring dan evaluasi.

Kepemimpinan yang kuat dan manajemen program secara keseluruhan harus memastikan bahwa manajer lokal dan penyedia layanan kesehatan bekerja sebagai tim interdisiplin dalam sistem kesehatan dan berkoordinasi erat dengan tokoh masyarakat dan organisasi yang terlibat dalam program ini untuk mencapai tujuan bersama.

Komposisi tim paliatif terdiri :

a. Dokter

1) Dokter umum:

Dokter umum memiliki peranan penting terutama pada perawatan pasien terminal di tingkat layanan primer (di puskesmas dan di rumah pasien) sehingga tata laksana gejala fisik dan kebutuhan psikososial dan spiritual dapat berjalan baik.

- a) Mengkoordinir tim paliatif di tingkat layanan primer
- b) Mengantisipasi dan mencegah timbulnya gejala dengan obat dan modalitas lain
- c) Mengidentifikasi gejala secara dini dan masalah psikologis, sosial dan spiritual
- d) Mengatur penggunaan obat sehingga kepatuhan pasien dapat terjaga
- e) Menggunakan modalitas non farmakologi
- f) Menyusun program paliatif
- g) Membangun hubungan kerja dengan tim paliatif di tingkat sekunder dan mengkonsulkan pasien yang memerlukan
- h) Membangun kerjasama dan menggunakan sumber daya yang tersedia di wilayah layanan primer untuk mengembangkan program paliatif

2) Dokter Paliatif

Di tingkat layanan sekunder dan tertier:

- a) Bertanggung jawab terhadap penatalaksanaan pasien paliatif
- b) Melakukan penatalaksanaan nyeri dan gejala lain apabila terapi kausatif belum atau tidak dilakukan
- c) Mengkoordinasikan dengan tim penatalaksana nyeri dan gejala lain yang memerlukan keahlian spesialis lain
- d) Melakukan tatalaksana gejala pada pasien stadium termi-nal fase menjelang akhir kehidupan

- e) Mengkoordinasikan kasus dengan dokter primer
- f) Memberikan konsultasi dari layanan primer

3) Dokter Spesialis

- a) Dokter spesialis berbagai disiplin melakukan identifikasi dan menentukan pasien dalam stadium terminal dan mengkonsulkan kepada dokter paliatif
- b) Melakukan tatalaksana gejala sesuai konsul dari dokter paliatif apabila modalitas diperlukan (misalnya radioterapi untuk penatalaksanaan nyeri dan perdarahan, gangguan psikiatri, tindakan bedah, fungsi paru dan ascites, dll)
- c) Dokter berperan penting dalam tim paliatif yang bersifat interdisipliner. Dokter tersebut harus memiliki pengetahuan dan keterampilan sesuai prinsip-prinsip pengelolaan paliatif. Dokter yang bekerja di pelayanan paliatif bertanggung jawab dalam penilaian, pengawasan, dan pengelolaan pasien paliatif.

b. Perawat Paliatif

Perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan sesuai prinsip-prinsip pengelolaan paliatif. Perawat paliatif bertanggung jawab dalam penilaian, pengawasan, dan pengelolaan asuhan keperawatan pasien paliatif.

1) Perawat sebagai koordinator layanan paliatif:

- a) Menyiapkan pelaksanaan program paliatif, baik rawat jalan, rawat inap atau rawat rumah.
- b) Menyiapkan peralatan medis yang diperlukan.
- c) Mendistribusikan dan menghubungi tenaga pelaksana kepada anggota tim atau ke unit layanan lain.
- d) Menyusun jadwal kunjungan dan tenaga paliatif yang diperlukan.
- e) Mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program paliatif.

- 2) Perawat sebagai tenaga pelaksana:
 - a) Menerima permintaan asuhan keperawatan dari koordinator program paliatif.
 - b) Berkoordinasi dengan anggota tim lain.
 - c) Menganalisa, menegaskan dan melakukan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan dan kondisi pasien
 - d) Menginformasikan dan mengedukasi pelaku rawat atau penanggung jawab pasien
 - e) Melaporkan setiap perkembangan pasien kepada dokter penanggung jawab dan koordinator program paliatif
 - f) Evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan secara langsung atau tidak langsung melalui laporan harian pelaku rawat
 - g) Mengusulkan asuhan keperawatan baru atau lanjutan kepada dokter penanggung jawab atau koordinator bila diperlukan
 - h) Merubah asuhan keperawatan sesuai kesepakatan dan persetujuan dokter penanggung jawab serta menginformasikan kepada pelaku rawat
 - i) Melakukan pencatatan dan pelaporan
 - j) Mengontrol pemakaian obat dan pemeliharaan alat medis
- 3) Perawat *Homecare*:
 - a) Menerima permintaan perawatan *homecare* dari dokter penanggung jawab pasien melalui koordinator program paliatif.
 - b) Berkoordinasi dan menganalisa program *homecare* dan dokter penanggung jawab dan koordinator program paliatif.
 - c) Melakukan asuhan keperawatan sesuai program yang direncanakan.
 - d) Reevaluasi atau evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan.

- e) Melaporkan setiap perkembangan pasien kepada dokter penanggung jawab pasien.
- f) Mengusulkan asuhan keperawatan baru bila diperlukan.
- g) Melaksanakan pencatatan dan pelaporan.

4) Pelaku rawat (*caregiver*)

- a) Melakukan atau membantu pasien melakukan perawatan diri dan kegiatan sehari-hari (memandikan, memberi makan, beraktivitas sesuai kemampuan pasien, dll)
- b) Memberikan obat dan tindakan keperawatan sesuai anjuran dokter
- c) Melaporkan kondisi pasien kepada perawat
- d) Mengidentifikasi dan melaporkan gejala fisik dan gejala lain kepada perawat

c. Apoteker

Terapi obat merupakan komponen utama dari penatalaksanaan gejala dalam pelayanan paliatif. Apoteker memastikan bahwa pasien dan keluarga memiliki akses penting terhadap obat-obatan untuk pelayanan paliatif. Keahlian apoteker dibutuhkan untuk memberikan informasi yang tepat mengenai dosis, cara pemberian, efek samping dan interaksi obat-obatan kanker, morfin dan anti nyeri lainnya yang diberikan kepada pasien untuk menjalani terapi paliatifnya.

d. Pekerja sosial dan psikolog

Perannya membantu pasien dan keluarganya dalam mengatasi masalah pribadi dan sosial akibat kanker, dan kecacatan, serta memberikan dukungan emosional selama perjalanan penyakit dan proses berkabung.

Pekerja Sosial Medik

- 1) Menerima dan menganalisa masalah sosial ekonomi pasien

dan keluarga

- 2) Melaksanakan program sosial medis seperti bimbingan sosial (misalnya masalah pendidikan dan masalah di tempat kerja) dan memberikan alternatif pemecahan sosial ekonomi
- 3) Menjembatani dalam persiapan kelengkapan administrasi untuk klaim asuransi
- 4) Bekerjasama dengan institusi atau badan sosial untuk memecahkan masalah sosial yang dihadapi pasien dan keluarga
- 5) Evaluasi program yang telah dilaksanakan dan melaporkan perkembangan pasien, serta mengusulkan program baru bila diperlukan

Psikolog

- 1) Menerima permintaan penanganan psikologi
- 2) Menganalisa dan menegakkan diagnosa gangguan psikologi
- 3) Melakukan pendekatan psikologi sesuai kebutuhan pasien dan keluarga
- 4) Melakukan evaluasi pendekatan yang telah diberikan
- 5) berkoordinasi dengan anggota tim paliatif

e. Rohaniawan

Rohaniawan membantu mengatasi pertanyaan yang berkaitan dengan makna kehidupan. Rohaniawan, berkoordinasi dengan anggota tim paliatif lainnya, diharapkan mampu menganalisa kebutuhan rohani dan keagamaan bagi pasien dan keluarga serta memberikan dukungan dalam tradisi keagamaan, mengorganisir ritual keagamaan yang dibutuhkan oleh pasien kanker dan keluarganya.

f. Terapis

- 1) Melakukan program rehabilitasi medis sesuai anjuran dokter spesialis rehabilitasi medik
- 2) Berkoordinasi dengan dokter spesialis rehabilitasi medik dan

anggota tim paliatif lainnya, mengatasi keterbatasan fisik untuk melakukan kegiatan sehari – hari sesuai kemampuan pasien dan mengatasi gejala fisik yang timbul akibat penyakit dan terapi kanker yang dijalankan.

g. Relawan

Peran relawan dalam tim perawatan paliatif bervariasi sesuai dengan keperluan. Relawan dapat terlibat dalam perawatan di rumah sakit, atau di rumah. Relawan berasal dari semua sektor masyarakat, diharapkan menjembatani antara institusi layanan kesehatan dan pasien. Dengan pelatihan dan dukungan yang tepat, relawan dapat memberikan pelayanan langsung kepada pasien dan keluarga, membantu tugas-tugas administratif, atau bahkan bekerja sebagai konselor. Selain itu, dapat berperan membantu meningkatkan kesadaran, memberikan pendidikan kesehatan, menggalang bantuan dana, membantu rehabilitasi, atau bahkan memberikan beberapa jenis perawatan medis.

2. Tempat Pelayanan Paliatif

Pelayanan paliatif dapat dilakukan di

a. Rumah Sakit

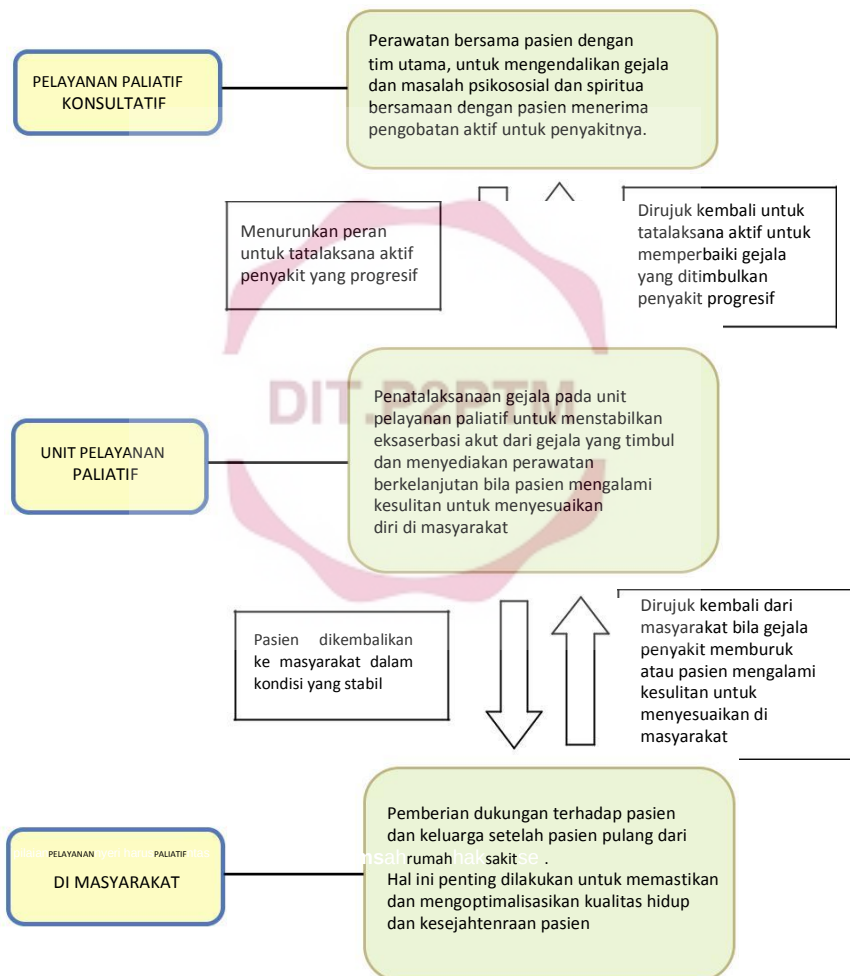
Indikasi pelayanan paliatif di rumah sakit :

- Pasien dengan gejala dan tanda yang belum teratasi.
- Pasien stadium terminal dan keluarga pasien menghendaki perawatan di rumah sakit.
- Pasien kanker yang memerlukan tindakan medis seperti pungsi peritoneum, pungsi pleura dll.
- Pasien yang memerlukan perawatan respite karena keluarga tidak sanggup (kelelahan) melakukan perawatan di rumah dalam jangka waktu tertentu (1-3 hari).
- Pasien dengan krisis psikososial yang harus segera ditangani.
- Pasien yang dirujuk untuk persiapan perawatan di rumah.

b. Masyarakat

Program Paliatif di masyarakat dilaksanakan dalam supervisi puskesmas dan atau rumah sakit.

KOMPONEN PELAYANAN PALIATIF





BAB V

PENGORGANISASIAN DAN SISTEM RUJUKAN

Program Paliatif membutuhkan jejaring yang kuat dari manajerial, praktisi kesehatan yang terlatih, tokoh masyarakat, pelaku rawat dan keluarga dengan peran dan fungsi yang spesifik di berbagai tingkat perawatan dan di masyarakat. Pengorganisasian meliputi perencanaan, pelaksanaan, monitoring evaluasi dan standarisasi teknis program paliatif. Manajemen program secara keseluruhan harus memastikan bahwa manajer dan penyedia layanan kesehatan bekerja sebagai tim interdisiplin dalam sistem kesehatan, dan mengkoordinasikan secara erat dengan tokoh masyarakat dan organisasi yang terlibat dalam program ini untuk mencapai tujuan bersama.

A. Pengorganisasian

Pengorganisasian Program Paliatif dimaksudkan agar pelaksanaan manajemen Program Paliatif dapat berjalan secara efektif dan efisien.

1. Bidang Manajerial:

a. Pusat

Upaya Paliatif di tingkat pusat di bawah tanggungjawab dan kendali Direktorat Jenderal PP dan Penyehatan Lingkungan bekerjasama dengan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, dan Pusat Promosi Kesehatan dalam kegiatan yang disepakati bersama.

b. Dinas Kesehatan Provinsi

Dinas Kesehatan Provinsi bertanggungjawab melaksanakan program paliatif di tingkat provinsi dibantu kelompok pengendalian kanker terpadu. Dinas kesehatan provinsi harus melaksanakan surveilans epidemiologi resisten melalui

pengumpulan dan analisa data yang berkaitan dengan jumlah pasien kanker dari laporan yang telah dikirimkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota dan rumah sakit yang ada di wilayah kerjanya.

c. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Dinas kesehatan kabupaten/kota adalah pelaksanaan upaya paliatif di tingkat kabupaten/kota. Dinas kesehatan kabupaten/kota wajib melakukan surveilans epidemiologi dengan cara mengumpulkan dan menganalisa data yang berkaitan dengan jumlah pasien kanker didapat dari puskesmas dan rumah sakit yang berada di wilayahnya.

d. Unit Pelayanan Kesehatan

Program paliatif dilaksanakan oleh puskesmas, rumah sakit, dan hospis.

1). Puskesmas

Puskesmas bertanggungjawab terhadap upaya paliatif yang dilaksanakan di wilayah kerjanya, termasuk *homecare* dan hospis. Dalam pengelolaan pencatatan dan pelaporan kegiatan paliatif, puskesmas berkoordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota. Tugas puskesmas :

- Melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi dengan berbagai metode dan media penyuluhan
- Melaksanakan surveilans di masyarakat dan melaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota melalui sistem pelaporan yang ada
- Membentuk tim paliatif di wilayah kerjanya

2). Rumah sakit

Rumah sakit melaksanakan pelayanan paliatif sesuai dengan standar profesi dan fasilitas yang dimiliki. Dapat mengembalikan pasien kanker ke puskesmas dengan memberikan kartu rujukan balik untuk mendapatkan

pelayanan paliatif di puskesmas, *homecare*, maupun hospis. Rumah sakit melaksanakan surveilans kasus dan kematian melalui registri kanker, dan dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai koordinator di wilayah-nya.

Bidang manajerial didukung oleh :

a) Profesi

Organisasi profesi yang terkait diharapkan ikut berperan serta dalam seluruh kegiatan paliatif sesuai kompetensinya.

b) Akademi/Perguruan Tinggi

Diharapkan turut serta mendukung upaya paliatif dengan melakukan penelitian, seminar ilmiah, memasukkan paliatif dalam kurikulum. Seminar dapat dilakukan untuk orang awam sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran dalam upaya paliatif.

c) Lembaga Swadaya Masyarakat dan Organisasi Kemasyarakatan Peduli Paliatif Kanker

LSM dan organisasi kemasyarakatan diharapkan terlibat dalam kegiatan paliatif, terutama berperan dalam mensosialisasikan dan memberdayakan masyarakat untuk peduli dan berperan serta aktif dalam upaya paliatif kanker.

2. Bidang Teknis :

Program Paliatif dengan pendekatan kesehatan masyarakat diperlukan untuk mengintegrasikan layanan di semua tingkat layanan dalam rangka menjamin aksesibilitas kepada seluruh populasi sasaran. Program paliatif dapat dilakukan di berbagai level yaitu :

a. Puskesmas

Puskesmas dapat melakukan Program Paliatif bagi masyarakat di wilayahnya baik di dalam gedung maupun luar gedung. Program Paliatif di masyarakat dilaksanakan dalam

supervisi puskesmas dan atau rumah sakit. Diperlukan kerjasama yang baik antara tim paliatif di rumah sakit maupun di masyarakat untuk mewujudkan pelayanan yang holistik. Program Paliatif di masyarakat dapat meliputi pelayanan *homecare* oleh tim puskesmas dan swasta serta institusi hospis dan *hospice homecare*.

Tim paliatif terdiri, dokter terlatih, perawat terlatih, unsur masyarakat, konsulen paliatif dari RS (dokter, perawat), relawan yang dilatih untuk memberikan pelayanan berbasis rumah, dan yang diawasi oleh perawat tingkat perawatan primer.

Perawat terlatih dalam Program Paliatif dasar diawasi oleh tim paliatif tingkat kabupaten. Berperan dalam melatih dan mengawasi relawan masyarakat dan perawat keluarga. Semua perawat yang menangani pasien kanker harus mendapat pelatihan dasar dalam mengelola rasa sakit dan gejala lain, serta dalam memberikan dukungan psikososial. Bila menghadapi kasus yang sulit, harus merujuk pasien kepada tim khusus di rumah sakit rujukan kabupaten.

b. Rumah Sakit Tipe C dan D

Semua dokter dan perawat yang menangani pasien kanker akan mendapatkan dasar pelatihan dalam mengelola nyeri dan gejala lain, serta dalam memberikan dukungan psikososial spiritual. Dalam kasus yang kompleks, pasien akan dirujuk kepada tim paliatif yang terdiri dari dokter dan atau perawat khusus dalam perawatan paliatif, pekerja sosial dan apoteker. Tim ini juga akan bertindak sebagai supervisor dan pelatih tingkat kabupaten.

Pelayanan paliatif di RS tipe ini dilakukan oleh dokter dan perawat yang terlatih di bidang paliatif, dokter penanggungjawab pasien, tim penanganan nyeri kanker, dokter spesialis, dokter keluarga, dokter jaga, psikolog terlatih, terapis rekrea-

si, ahli gizi, terapi okupasi, dukungan duka cita, fisioterapis, perawat *homecare*, rohaniawan, guru dan relawan.

- c. Rumah Sakit tipe B dan Khusus Kanker (Unit Paliatif)
Pelayanan paliatif di RS tipe ini dilakukan oleh dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang terlatih di bidang paliatif, dokter penanggungjawab pasien, tim penanganan nyeri kanker, dokter spesialis anak, psiko-onkologis, terapis rekreasi, ahli gizi, terapi okupasi, fisioterapis, rohaniawan, guru dan relawan.

Tim ini juga akan bertindak sebagai supervisor dan pelatih tingkat provinsi .

- d. Tingkat Rumah Sakit tipe A (Instalasi Paliatif)
Dalam kasus yang kompleks, akan merujuk pasien ke tim paliatif yang terdiri dari dokter spesialis paliatif, perawat, psikolog, apoteker, dan pekerja sosial. Tim ini juga akan bertindak sebagai rujukan dan pelatih nasional.

Pelayanan paliatif di RS tipe ini dilakukan oleh dokter spesialis paliatif, perawat paliatif, spesialis lain (konsultan), dokter dan perawat yang terlatih di bidang paliatif , dokter penanggungjawab pasien, tim penanganan nyeri kanker, dokter spesialis anak, psiko-onkologis, penyedia layanan kesehatan, terapis rekreasi, ahli gizi, terapi okupasi, fisiotera-pis, rohaniawan, guru dan relawan.

Program Paliatif Kanker dilaksanakan melalui :

- a) Rawat Inap

Sebuah tim paliatif terdiri dari seorang dokter yang terlatih dalam pengobatan paliatif, setidaknya satu perawat klinis dan seorang pekerja sosial paruh waktu, didukung oleh staf administrasi yang memadai. Pendekatan dilakukan dengan memberikan saran pada setiap aspek paliatif.

b) Rawat Jalan

Unit rawat jalan memberikan pelayanan yang lebih sederhana. Di samping itu, dapat melakukan follow up pelayanan paliatif kanker secara teratur, melatih keluarga pasien tentang cara memberikan perawatan, serta memastikan terpenuhinya kebutuhan obat-obatan dan makanan, kebutuhan fisik, psikologis dan spiritual.

c) Berbasis Rumah

Dilakukan oleh unit khusus atau hospis (rumah penginapan) melalui keluarga relawan yang dibimbing oleh perawat terlatih paliatif. Perawatan di rumah umumnya lebih dapat diterima dan terjangkau daripada perawatan di rumah sakit, karena pasien biasanya lebih memilih untuk tinggal di rumah.

No	Petugas	Komunitas			RS		
		Puskesmas	Layanan Swasta	Posbindu PTM	Tipe C/D	Tipe B	Tipe A
	Pegawai						
1	Dokter	v	v	-	v	v	v
2	Perawat	v	v	-	v	v	v
3	Homecare nurse	v	v	-	v	v	v
4	Ahli gizi	v	v	-	v	v	v
5	Dokter keluarga	v	-	-	-	-	v
6	Psikolog	-	-	-	v	v	v
7	Spesialis kanker (Onkolog)	-	-	-	-	v	v
8	Terapis okupasi	-	-	-	-	v	v
9	Terapis wicara	-	-	-	-	v	v
10	Fisioterapis	-	-	-	-	v	v
11	Pekerja sosial medis	-	-	-	-	v	v
12	Dokter spesialis	-	-	-	v	v	v
13	Koordinator/ketua tim paliatif	v	v	-	v	v	v
	Relawan						
14	Rohaniwan	v	v	v	v	v	v
15	Guru	v	-	v	v	v	v
16	Kader kesehatan	v	-	v	-	-	-

B. Sistem Rujukan Berjenjang

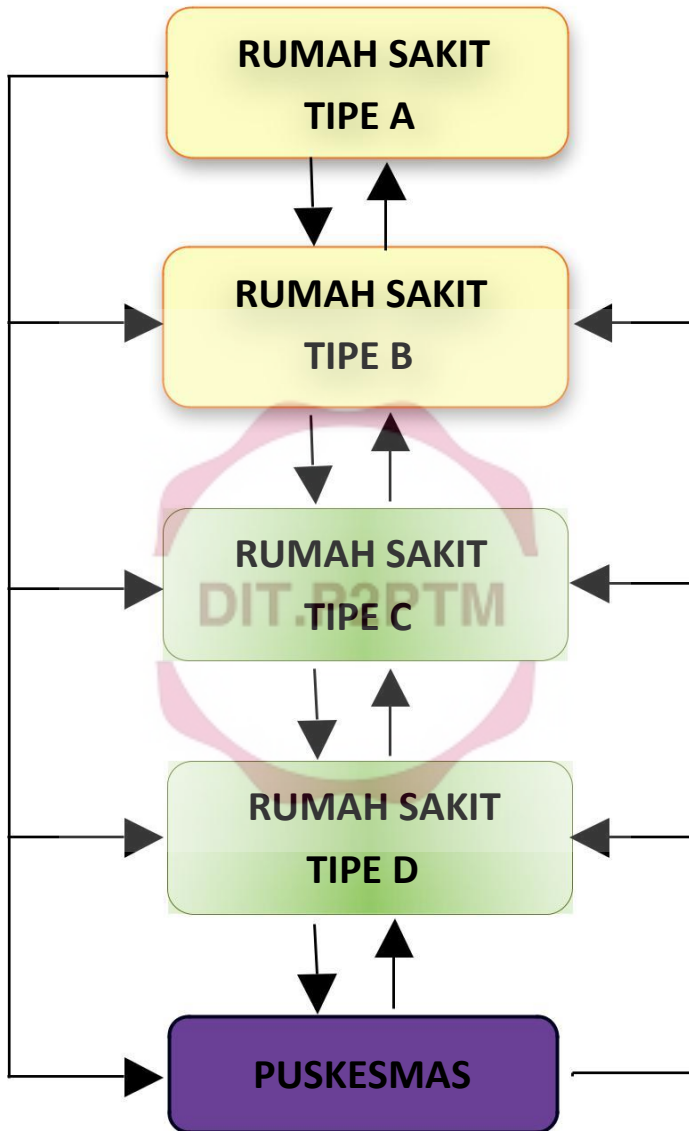
Sistem rujukan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul baik secara horizontal (komunikasi antara unit yang sederajat) maupun vertikal (komunikasi inti yang lebih tinggi ke unit yang lebih rendah) ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. Prosedur rujukan dilaksanakan secara berjenjang dan terstruktur, berdasarkan indikasi medis, sehingga puskesmas dan jaringannya dapat melakukan seleksi kasus kanker yang akan dirujuk. Proses rujukan harus disertai surat rujukan. Pengendalian rujukan oleh puskesmas dan jaringannya akan berdampak terhadap pengendalian biaya.

1. Rujukan Internal

Merupakan rujukan horizontal yang terjadi antar unit instalasi pelayanan di dalam suatu institusi. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke puskesmas rujukan. Rujukan internal pelayanan paliatif dalam suatu institusi dari instalasi tertentu ke instalasi paliatif dilaksanakan sebelum memberikan rujukan ke fasilitas tingkat lanjut.

2. Rujukan Eksternal

Adalah rujukan yang terjadi antara unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah). Khusus program paliatif kanker berlaku rujukan eksternal balik, rumah sakit harus merujuk balik kasus kanker yang telah ditegakkan ke puskesmas untuk mendapatkan pelayanan paliatif.



BAB VI

MONITORING EVALUASI

Program Paliatif sangat dibutuhkan oleh pasien kanker terutama pada stadium lanjut. Dimana pengobatan kanker sudah tidak lagi efektif. Pendekatan kesehatan masyarakat sudah seharusnya mempertimbangkan kebutuhan pasien dan keluarganya, sehingga akses pelayanan universal dapat terjangkau pada semua tingkat pelayanan dalam sistem kesehatan nasional. Untuk mengurangi penderitaan pasien dan beban keluarga perawatan paliatif seharusnya diberikan.

A. Perencanaan

Perencanaan Program Paliatif Nasional harus mempertimbangkan kondisi secara menyeluruh yang dibutuhkan untuk mengelola pasien kanker. Berbagai gejala kanker, termasuk nyeri, mual/muntah, delirium, insomnia, kelelahan, depresi, kecemasan dsb, membutuhkan tata laksana secara baik mulai dari pelaksanaan terapi sampai dengan ketersediaan obat yang dibutuhkan. Obat tersebut tercantum dalam formularium obat nasional/daftar obat esensial untuk menjamin ketersediannya sesuai kebutuhan medis. Penyusunan daftar obat esensial dan protokol perawatan paliatif harus dilakukan oleh tim multidisiplin.

Program Paliatif kanker sebagai salah satu upaya pengendalian kanker yang komprehensif, bertujuan agar terbebas dari penderitaan dan kualitas hidup dapat ditingkatkan signifikan, diperlukan perencanaan yang matang, di antaranya :

1. Mengkaji rencana pengendalian kanker yang ada dan pelayanan yang merespon kebutuhan paliatif.
Diperlukan data antara lain :
 - a. Data demografi : jumlah penduduk usia > 18 tahun, jumlah anak usia 0-18 tahun

b. Data dasar :

- jumlah kematian akibat kasus kanker/tahun pada penduduk usia 0-18 tahun dan usia > 18 tahun
- Identifikasi jenis kanker yang paling sering terjadi dalam stadium lanjut, untuk menentukan layanan terpadu dengan spesialis terkait.
- Kebutuhan obat opioid dihitung berdasarkan jumlah pola angka kesakitan di populasi, obat rasional yang diresepkan, ketersediaan obat, data lengkap dan akurat mengenai ketersediaan dan pemakaian obat.

c. Data sumber daya (sarana prasarana, SDM, dana)

d. Data yayasan, organisasi profesi maupun masyarakat yang telah melakukan pelayanan paliatif

2. Menetapkan target sasaran

Perkiraan target sasaran adalah 80% pasien kanker stadium terminal.

3. Menentukan tujuan pelayanan paliatif

Tujuan harus ditetapkan untuk menanggapi kebutuhan pasien, anggota keluarga dan *care giver* sejak diagnosis kanker ditegakkan; Agar rencana pelayanan paliatif efektif, semua proses dan hasil perlu menginformasikan tujuan umum pelayanan paliatif, yaitu :

- meningkatkan kualitas hidup pasien kanker dan keluarga mereka.
- memastikan bahwa pelayanan perawatan paliatif diprioritaskan untuk disediakan secara terpadu, merata dan berkelanjutan.

Melalui pendekatan WHO, rencana pelayanan paliatif dilaksanakan untuk mencapai tujuan jangka pendek, menengah dan panjang. Tujuan utama dapat dicapai dengan sumber daya yang

ada. Tujuan diperluas dapat dicapai dengan peningkatan sumber daya. Tujuan yg diinginkan berada di luar jangkauan sumber daya saat ini tetapi dapat dicapai jika sumber daya menjadi tersedia.

TUJUAN	UTAMA	PENGEMBANGAN	IDEAL
Tujuan jangka pendek (0-5 th)	Standar pelayanan paliatif kanker diadopsi di semua tingkat pelayanan (sentinel/ piloting) • Menyediakan perawatan terutama melalui <i>home care</i>	•Standar Paliatif telah diadopsi di semua tingkat pelayanan secara nasional •Menyediakan perawatan Paliatif terutama pada pelayanan primer dan <i>home care</i>	☐ standar paliatif diadopsi secara nasional pada semua tingkat pelayanan ☐ menyediakan perawatan dengan berbagai pilihan, termasuk <i>home care</i>
Tujuan jangka menengah (5-10 th)	>30% pasien kanker terminal dalam target area mendapatkan pelayanan paliatif secara tepat waktu	>30% pasien kanker stadium lanjut secara nasional mendapatkan pelayanan paliatif >30% pelaku rawat mendapatkan dukungan yang memadai	>60% dari pasien kanker stadium lanjut secara nasional mendapatkan pelayanan paliatif >60% pelaku rawat mendapatkan dukungan yang memadai
Tujuan Jangka panjang (10-15 tahun)	>60% pasien kanker terminal dalam target area mendapatkan pelayanan paliatif	>60% pasien kanker stadium lanjut secara nasional mendapatkan pelayanan paliatif >60% pelaku rawat mendapatkan dukungan yang memadai	> 80% pasien kanker stadium lanjut nasional mendapatkan pelayanan paliatif >80% pelaku rawat mendapatkan dukungan yang memadai

4. Menetapkan sasaran pelayanan paliatif

Berdasarkan konsentrasi jumlah pasien terbesar (dewasa dan anak usia 0 -18 tahun) , kebutuhan mendesak pasien dan anggota keluarganya, serta SDM yang tersedia. Jika kebutuhan SDM tidak cukup tersedia, maka paliatif diprioritaskan untuk pasien kanker stadium terminal.

5. Merumuskan rencana aksi untuk mencapai target

INDIKATOR	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Pedoman (juknis/SOP, modul)	100%						
Sosialisasi	50%	100%					
Pelatihan		20%	30%	40%	55%	65%	80%
Kelompok paliatif di masyarakat	0%	20%	30%	40%	55%	65%	80%
Fasyankes yg melaksanakan pelayanan paliatif	0%	20%	30%	40%	55%	65%	80%

B. Penganggaran

Sistem pembiayaan pelayanan paliatif mencakup besaran tarif pelayanan paliatif, alokasi dan sumber dana, serta tatalaksana pertanggungjawaban dana dengan mengutamakan aspek kemandirian dan sumber lain yang tidak mengikat.

a. Besaran tarif pelayanan paliatif

Pelayanan paliatif ditetapkan berdasarkan tarif perawatan dan obat-obatan.

b. Alokasi dan sumber dana

Sumber pembiayaan untuk pelayanan paliatif bersumber dari pemerintah dan swasta.

C. Monitoring dan Evaluasi

Dalam program paliatif kanker, diharapkan dapat memberikan data secara berkelanjutan melalui pencatatan dan pelaporan rutin. Hal ini dapat memberikan informasi penting antara lain tentang insiden, prevalensi, tren pelayanan paliatif dari tahun ke tahun, pola pengobatan, dan kelangsungan hidup pasien kanker. Ini merupakan bagian dari sistem surveilans yang dapat memainkan peran penting dalam merumuskan rencana program paliatif, memantau keberhasilan program, serta sebagai dasar data penelitian. Puskesmas mencatat dan melaporkan secara rutin dan berjenjang kepada dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, kementerian kesehatan. Form pencatatan dan pelaporan dapat dilihat dalam lampiran.

Pengembangan dan implementasi dari rencana Program Paliatif perlu dimonitor dan dievaluasi berkala untuk memastikan bahwa tujuan dari program tersebut tercapai. Evaluasi membutuhkan perencanaan dan desain yang cermat dimulai sejak awal proses sampai pelaksanaan kegiatan. Sebuah sistem informasi dasar perlu disiapkan, sehingga data yang diperlukan untuk pemantauan dan evaluasi dikumpulkan secara teratur.

Kinerja kegiatan Program Paliatif dapat dievaluasi dengan menggunakan kerangka peningkatan kualitas dijelaskan pada halaman sebelumnya. Bimbingan tersedia pada monitoring dan evaluasi menggunakan peningkatan kualitas dan kerangka sistem model (WHO, 2002).

Indikator dan standar yang digunakan dalam mengevaluasi Program Paliatif Kanker (WHO, 2007)

INDIKATOR	STANDAR
INPUT	
Kebijakan termasuk regulasi Program Paliatif Kanker sebagai komponen kunci pengendalian kanker nasional	Dokumen resmi berupa peraturan, pedoman dan petunjuk teknis yang diterbitkan, diperbarui dan tersedia.
Pembiayaan dan model layanan yang kuat dalam mendukung pelayanan paliatif kanker di seluruh tempat layanan paliatif kanker	
Legalitas resep opioid untuk menghilangkan rasa sakit	
Daftar obat esensial Program Paliatif	
Kemitraan pelaku rawat di berbagai tingkat pelayanan	Akreditasi pelayanan paliatif di semua tingkatan perawatan
Kemitraan tokoh masyarakat dan	Akreditasi pelayanan berbasis
INPUT	
pelaku rawat terlatih yang termotivasi dalam memberikan pelayanan paliatif yang berkualitas, termasuk perawatan berbasis rumah	masyarakat.
Kemandirian masyarakat dalam pelayanan paliatif	Pemetaan layanan paliatif berbasis masyarakat
Program Pendidikan provider : -Pengetahuan inti dan keterampilan bagi praktisi profesional kesehatan di semua tingkat pelayanan -Pengetahuan dan keterampilan beberapa ahli yang dipilih sebagai profesional kesehatan untuk memimpin pelayanan paliatif di tingkat sekunder dan tersier -Sarjana paliatif bagi profesional kesehatan(dokter, perawat, apoteker, pekerja sosial)	Pendidikan S1 dan S2, termasuk pelatihan bagi pelaku rawat di semua tingkat pelayanan

INDIKATOR	STANDAR
PROSES	
Jumlah penderita kanker stadium lanjut yang menerima pelayanan paliatif sesuai dengan standar	
Jumlah dan jenis profesional kesehatan terlatih di berbagai tingkat pelayanan dalam memberikan pelayanan paliatif sesuai dengan standar	
Proporsi pasien kanker stadium lanjut yang mendapatkan pelayanan paliatif awal sesuai dengan standar yang ditetapkan	>80%
Proporsi pasien kanker stadium lanjut yang mendapatkan pelayanan paliatif sesuai dengan standar yang ditetapkan	>80%
Proporsi pasien kanker stadium lanjut yang menerima perawatan berbasis rumah yang disediakan oleh pelaku rawat terlatih	> 80%
Proporsi pasien kanker stadium lanjut yang menerima perawatan berbasis rumah yang perlu dirujuk untuk mendapatkan pelayanan paliatif di tingkat sekunder dan tersier	< 20%
Proporsi pelaku rawat keluarga yang mendapatkan pelayanan psikososial sepanjang sakit dan berkabung	>80%
OUTCOME	
Proporsi pasien kanker stadium lanjut yang mendapatkan bantuan tepat waktu dari rasa sakit dan fisik lainnya, psikososial dan masalah spiritual	>80 %
Proporsi pelaku rawat pasien kanker stadium lanjut yang mendapatkan bantuan tepat waktu dari masalah psikososial dan spiritual	>80 %



BAB VII

PENUTUP

Pelayanan paliatif kanker merupakan kebutuhan kemanusiaan yang mendesak di seluruh dunia termasuk Indonesia, bagi pasien kanker terutama stadium lanjut. Idealnya, layanan perawatan paliatif harus diberikan kepada pasien kanker beserta keluarganya sejak saat diagnosis penyakit kanker ditegakkan hingga penyakit berlangsung ke dalam fase terminal.

Pedoman Nasional Program Paliatif Kanker ini diharapkan menjadi acuan dalam mengintegrasikan paliatif ke dalam sistem kesehatan di semua tingkat pelayanan, terutama masyarakat dan perawatan berbasis rumah dengan melibatkan publik dan sektor swasta, disesuaikan dengan budaya spesifik, lingkungan sosial dan ekonomi.

DIT.P2PTM



DAFTAR PUSTAKA

1. RSUP Dr.Soetomo Surabaya. Gedung Pusat Diagnostik Terpadu RSUD Dr.Soetomo Surabaya : Basic and Intermediate Course of Palliative Care. Surabaya, 2012.
2. United Nations. Guide on Estimating Requirements for Substances under International Control. Vienna, 2012.
3. WHO. Ensuring balance in national policies on controlled substances : Guidance for availability and accessibility of medicines. Geneva, 2012
4. International Association for Hospice and Palliative Care. Palliative Care in The Developing World Principles and Practice. Houston, 2010
5. Ministry of Health Malaysia. Medical Development Division Ministry of Health Malaysia : Palliative Care Services Operational policy.Kuala Lumpur, 2010
6. National Hospice and Palliative Care Organization. Standards of Practice for Pediatric Palliative Care and Hospice.
7. World Cancer Research Fund International. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer : a Global Perspective.
8. WHO. WHO guide for effective programmes : Palliative Care. Geneva. World Health Organization, 2007.
9. Fallon, M; Hanks, G. ABC of Palliative Care 2nd Edition. Massachusetts, 2006
10. WHO. Integrated Management of Adolescent and Adult Illness . Palliative Care : Symptom Management and End of Life Care. Geneva, 2004



PENYUSUN

Pengarah

Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

Penasehat

Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Tim Penyusun

Dr. Ekowati Rahajeng, SKM, M.Kes dr.
Agus Ali Fauzi, PGD.Pall.Med(ECU) dr.
Anky Tri Rini Kusumaning Edhy, Sp.A(K)
dr. Basalama Fatum, MKM
dr. Dradjat Suardi, SpBOnk(K)
dr. Edi Setiawan Tehuteru, SpA(K), MHA,
IBCLC dr. Endang Windiastuti, Sp. A(K)
dr. Esti Widiastuti, M,ScPH
dr. Frides Susanty
Fx. Budiyono, SKM, M.Kes
dra. L.I. Irmawati, Apt.SFRS.MARS.PDG.HSc,N/Med(ECU)
dr. Madonna Damayanthie Datu, Sp.An
dr. Maria Astheria Witjaksono, MpallC, PC
Physician dr. Meilina Farikha
Prof. Dr. Netty Ratna Hutari Tedjawanata, Sp.A, PGD.Pall.Med
(ECU) dr. Niken Wastu Palupi, MKM
dr. Novi Indriastuti
dr. Rudi Putranto, SpPD,K.Ger
dr. Sedya Dwisangka, M.Epid
dr. Sorta Rosniuli, M.Sc
Drg. Siti Rohmi
Prof. R. Sunaryadi Tejawinata, dr. Sp. THT, FAAO, PGD.Pall. Med
(ECU) dr. Susi Ernawati, PGD.Pall.Med(ECU)
dr. Urip Moertedjo, SpBKL.,PGD.Pall.Med(ECU)

Editor

Mugi Wahidin, SKM, M.Epid
Esthi Nusantri, SKM
Dian Kiranawati, S.Kep, NERS
Adiansyah Soegandi, B.Sc

Kontributor :

Masyarakat Paliatif Indonesia Pusat
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Jakarta
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Bandung
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Surabaya
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang
Yogyakarta Masyarakat Paliatif Indonesia
Cabang Bali Masyarakat Paliatif Indonesia
Cabang Makassar Ikatan Dokter Anak Indonesia
Perhimpunan Onkologi Indonesia
Himpunan Onkologi Ginekologi Indonesia
Perhimpunan Ahli Bedah Onkologi Indonesia
Persatuan Dokter Spesialis Saraf Indonesia
Persatuan Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik Indonesia
Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
Perhimpunan Ahli Penyakit Dalam Indonesia
Persatuan Dokter Spesialis Radiologi Indonesia Perhimpunan
Dokter Spesialis Anesthesiologi dan Terapi Intensif Indonesia
Perhimpunan Ahli Hematologi Onkologi Medik Penyakit Dalam Indonesia

Dinas Kesehatan Kota Bogor
Dinas Kesehatan Kota Bandung



FORM REKAPITULASI

BULAN.....TAHUN.....

[illegible]

MEDIKAMENTOSA PALIATIF DI PUSKESMAS

diisi oleh Farmasi

[illegible]

LAPORAN BULANAN PEMAKAIAN OBAT

NO	ANALGESIK NON OPIOID			
	PARACETAMOL	SISTENOL	NSAID	CODEIN
	(JUMLAH)	(JUMLAH)	(JUMLAH)	(JUMLAH)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

diisi oleh Farmasi

[illegible]

LAPORAN BULANAN PROGRAM PALIATIF

Bulan

Tahun

Puskesmas/RS

Kabupaten

Provinsi

NO	DIAGNOSIS KANKER	ICD-0	LAKI-LAKI						
			USIA < 18 TH				USIA ≥ 18 TH		
			Stad 1	Stad 2	Stad 3	Stad 4	Stad 1	Stad 2	Stad 3
1	Kanker Payudara	C 59							
2	Kanker serviks								
3	Leukemia								
4	Limfoma Non Hodgkin								
5	Kanker Ovarium								
6	Kanker Bronkus+paru								
7	Kanker nasofaring								
8	Kanker Hati+sal empedu								
9	Kanker Rektosigmoid+anus								
10	Kanker kolon								
11	Kanker Postat								
12	kanker lambung								
13	Kanker kulit								
15									
16									
17									
18									
19									
20									
	JUMLAH								

[illegible]

BULAN.....TAHUN.....

[illegible]

FORM REKAPITULASI PKM

diisi oleh Farmasi

[illegible]

REGISTRI HARIAN PROGRAM PALIATIF

Bulan

Tahun

Homecare/hospice

Puskesmas

Kabupaten

Provinsi

NO	NAMA PASIEN	NOMOR NIK	ALAMAT	JENIS KELAMIN	
				LAKI-LAKI	PEREMPUAN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
	JUMLAH				

[illegible]

B = Derajat berat (Vas 7-10)

PUSKESMAS



DIT.P2PTM

BULAN.....TAHUN.....

[illegible]

FORM REKAPITULASI PKM

diisi oleh Farmasi

[illegible]

